PRZYCZYNEK

do leczenia

JASKRY ZŁOŚLIWEJ.

NAPISAŁ

Dr. Franciszek Sroczyński,
Docent okul. w Uniw. Jag.

KRAKÓW,
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1897.

PRZYCZYNEK

do leczenia

JASKRY ZŁOŚLIWEJ.

NAPISAŁ

DR. FRANCISZEK SROCZYŃSKI,
Docent okul. w Uniw. Jag.

KRAKÓW,
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1897.

Osobne odbicie z „Przeglądu lekarskiego“ 1897. Nr. 28 i 29.

Przyczynek do leczenia jaskry złośliwej.

Podał

Dr. Franciszek Sroczyński,

Docent okul. w Uniw. Jag.

Wiadomo, że tryumfy, jakie święci irydektomia w leczeniu jaskry zapalnej, nie odnoszą się do wyników, zbieranych na polu jaskry prostej. Operator, dokonywujący tej operacyi na oku z jaskrą prostą, z góry zrzeka się ambicyi przywrócenia tego, co już stracone; będzie się on czuł zadowolnionym, jeżeli mu się powiedzie utrzymać na trwałe to, co jeszcze pozostało i uchronić wzrok od ostatecznej zagłady. Na nieszczęście i to nie zawsze się udaje: wynik w połowie przypadków, jak sam Graefe[1]) przyznaje, jest tylko chwilowy, lub żaden; w wyjątkowych zaś przypadkach, na szczęście rzadkich, (wedle statystyki Graefego w 2% przypadków) irydektomia, zamiast pomódz, przyspiesza tylko ostateczną zagubę wzroku.

Aby zapobiedz nieporozumieniom, dodajmy tu zaraz, że mowa tu o irydektomii dokonanej technicznie bez zarzutu tak, że wina nie odnosi się do ręki operatora, ale do opera-

---

[1]) Archiv f. Ophthalmolog. B. XV. H. 3. »Beiträge zur Pathologie und Therapie des Glaucoms«.

cyi samej, jako metody. Operacya odbywa się w sposób prawidłowy na oku, nie różniącem się w niczem od szeregu innych ócz, dotkniętych jaskrą prostą, a operowanych szczęśliwie. W przebiegu pooperacyjnym uderza przedewszystkiem przewlekający się brak komórki przedniej. Oko zadraźnione, przednie żyły rzęskowe wydęte, gałka twardnieje „jak kamień“. Wśród bólów wzrok gwałtownie podupada, mijają tygodnie, czasem i miesiące, komórki przedniej nie ma. Od czasu pierwszych tego rodzaju spostrzeżeń Graefego, przypadki takie noszą nazwę jaskry złośliwej. Za przykładem Graefego sądzono zrazu, że tego rodzaju nieszczęśliwy przebieg wydarza się tylko w jaskrze prostej, późniejsze jednak doświadczenia pouczyły, że jakkolwiek największy odsetek spotyka rzeczywiście oczy dotknięte jaskrą prostą, w wyjątkowych przypadkach wydarza się to i w jaskrze zapalnej przewłocznej, zwłaszcza w oczach z wysoko wygórowanym uciskiem śródocznym. Tak w jednym jak i w drugim przypadku rokowanie jest niemal bezwzględnie złe. Resztka wzroku, o ile zaraz w pierwszych dniach po operacyi nie zeszła do zera, zmierza zwolna, ale konsekwentnie, ku zupełnej ślepocie, a tylko nie wielka ilość ócz uchodzi z mizerną resztką wzroku. Wprost do rzędu białych kruków należy zaliczyć przypadki, w których, mimo braku komórki przedniej, wzrok utrzymywał się od kilku miesięcy do kilku lat. Przypadki takie opisali Mauthner i Wecker [1]), a w ostatnich latach wspomina także o podobnym przebiegu Schweigger [2]) w pracy swej o jaskrze złośliwej. Były to co prawda przypadki, w których ucisk śródoczny opadł zwolna do normy, gdzie więc ze strony podwyższonego parcia śródocznego nie zagrażało już niebezpieczeństwo wzrokowi.

Z przyczyn, które poniżej wyjaśnię, nie byłbym skłonnym zaliczać tego rodzaju przypadków do typu jaskry złośliwej. Sam fakt opóźnienia się w przywróceniu komórki

---

[1]) Sitzungsbericht der ophthalm. Gesellschaft 1869. str. 393 i 395.
[2]) Knapp's »Archiv f. Augenheilk.« XXXII. 1. 1895.

przedniej nie mieści w sobie nic nadzwyczajnego. Każdy doświadczony operator napotyka przypadki, gdzie komórka przednia w oku operowanem z powodu jaskry pojawiała się dopiero po upływie kilku, nawet kilkunastu dni, mimo że wynik ostateczny nie pozostawiał nic do życzenia.

Opóźnienie więc w gojeniu się ranki pooperacyjnej może mieć zasadniczo rozmaite znaczenie, a niewątpliwie też i różne przyczyny. Teoretycznie rzecz biorąc można powiedzieć, że opóźnienie w przywróceniu się komórki po operacyi jaskry może być następstwem trojakich przyczyn: 1) Albo irydektomia nie obniżyła bezpośrednio ucisku śródocznego do normy, ale tylko poniżej granicy, jaka była przed operacyą; wówczas pozostający jeszcze nadmiar cieczy śródocznych, pod wpływem nieunormowanego parcia, tak długo będzie sączyć się przez rankę, przeszkadzając jej spojeniu się, dopóki ostatecznie nie nastąpi zupełne uregulowanie ucisku śródocznego. Przypadki takie nie należą do rzadkości i żaden doświadczony okulista nie zaliczy ich do rzędu złośliwych. Albo też 2) wśród operacyi, lub wnet po niej, zaszły okoliczności, mogące stanowić lokalną mechaniczną przeszkodę w zrośnięciu się brzegów ranki. Przeszkodą taką może być spojówka gałkowa, która bądźto skutkiem zbyt pochyłego prowadzenia noża (przez co powstaje rodzaj płatu spojówkowego), bądź też przy repozycyi tęczówki z kanału ranki mogła się dostać między jej brzegi i skutkiem interpozycyi przybłonka stanowić trwałą przeszkodę dla gojenia się ranki. Możliwość ta przynajmniej dla pewnej gromady przypadków, gdzie komórka przednia nie przywraca się, mimo dość wydatnego unormowania ucisku śródocznego, jest bardzo prawdopodobną, a tak doświadczony patolog, jak Iwanoff, jeszcze w r. 1869 powołuje się na podobne stosunki anatomiczne [1]). Wydarza się wreszcie możliwość 3), że irydektomia wcale nie obniża ucisku śródocznego, a nawet, jak się to wyjątkowo z niejasnych dotąd przyczyn zdarza, stwa-

---

[1]) l. c. Sitzungsbericht d. ophthm. Gesellsch. 1863.

rza pewne warunki do większego jeszcze podwyższenia parcia. Komórka w tych warunkach przywrócić się nie może tak długo, jak długo podwyższenie parcia powoduje odpływ cieczy wodnej przez rankę; a ponieważ, jak w tych warunkach bywa, ucisk śródoczny mimo to jeszcze pozostaje wygórowanym, przeto i komórka może zgoła się już nie przywrócić, zwłaszcza jeżeli z analogii tworzenia się przetok rogówkowych po wrzodach przyśrodkowych rogówki przypuścimy, że zanim ucisk śródoczny wreszcie zwolniał, brzegi ranki już wyścieliły się przybłonkiem.

Istotą więc złośliwego przebiegu jaskry nie jest opóźnienie w gojeniu się ranki pooperacyjnej. ale ten zagadkowy fakt, że irydektomia nie tylko nie obniżyła w danych przypadkach ucisku śródocznego, ale go jeszcze podniosła. Opóźnienie, lub zgoła brak wszelkiej skłonności do gojenia się ranki pooperacyjnej, to już tylko dalsze następstwo tego faktu.

Jakim sposobem dzieje się, że operacya, która przecież, działając choćby tylko jako prosta punkcya, powinnaby choć cokolwiek ucisk obniżyć, tu zaś przeciwnie podwyższa go, na to przy dzisiejszym stanie nauki nie łatwo dać zadawalniającą odpowiedź. Jeden fakt przecież zasługuje na zanotowanie: oto wszyscy autorowie, którzy mieli sposobność spostrzegać takiego przebiegu, podają jednomyślnie, że ucisk ten podnosi się nagle i to z chwilą ukończenia operacyi. Nagłość skutku każe poszukiwać nagle występującej przyczyny. Przyczyną, łącznikiem takim, mógłby być krwotok z większych naczyń naczyniówki do głębi oka, coby w pewnych przypadkach tłumaczyło się gładko nagłem, choć przemijającem, zmniejszeniem ucisku na naczynia już z pewnością patologicznie zwyrodniałe. Że krwotok taki wogóle po irydektomii w jaskrze wydarzyć się może, na to nie brak spostrzeżeń w literaturze; że zaś może stać się przyczyną gwałtownego podwyższenia ucisku śródocznego, na to pozwolę sobie, wśród wielu podobnych przytoczyć spostrzeżenie

Nagla [1]), jako najbardziej pouczające, bo stwierdzone sekcyą oka: Autor ten operował 30-letniego mężczyznę z powodu jaskry ukończonej (Glaucoma absolutum). Wnet po ukończeniu cięcia w rąbku twardówkowym, zanim zdołano odciąć tęczówkę, wśród gwałtownych bólów oko stwardniało „jak kamień“. W jednej chwili w rozdętej rance ukazało się ciałko szklane, a za niem krew. Wyłuszczenie zakończyło operacyę, a sekcya oka wykazała obfite wynaczynienie pod oderwaną naczyniówką.

Co prawda, wszystkie niemal przypadki tego rodzaju odnosiły się do óczₓ z jaskrą ukończoną, gdzie z konieczności przypuszczać należało następowe zwyrodnienie naczyń naczyniówki. Niewątpliwie nie wszystkie przypadki jaskry złośliwej dadzą się w ten sposób wytłumaczyć. Trudność leży w tem, że zaćmienie rogówki, jakie zwykle przyłącza się do obrazu jaskry złośliwej, uniemożliwia badanie wziernikowe; z drugiej zaś strony nie obserwowano śladów krwotoku w nielicznych przypadkach, gdzie badanie wziernikowe w dalszym przebiegu mogło być dokonane. Przypadek, który poniżej opiszę, a który dzięki pomyślnemu zakończeniu dozwalał na dokładne zbadanie wziernikiem, nie okazywał przecież żadnych śladów wynaczynień. Czy w tych przypadkach przesięk (transudat), powstały z żył śródocznych skutkiem podwyższenia parcia naczyniowego wobec nagłego obniżenia ucisku śródocznego, nie jest tym pośrednikiem między operacyą a następowem stwardnieniem oka, to na razie musi pozostać hipotezą; dowodów bezpośrednich na to nie mamy. Z powodów, które wyłonią się po przytoczeniu mego spostrzeżenia, przypuszczenie ostatnie wydaje się mnie osobiście bardzo blizkiem rzeczywistości.

W ostateczności powiedzieć trzeba, że jakakolwiekby zresztą była przyczyna tego podwyższenia ucisku, mimo, a raczej wskutek irydektomii, usiłowania lecznicze w jaskrze

---

[1]) podane na zjeździe okulistów niemieckich w roku 1869.

złośliwej powinny w pierwszym rzędzie zmierzać do obniżenia ucisku, nie zaś do prób wymuszenia, że się tak wyrażę, komórki przedniej.

Dziwnym zbiegiem okoliczności wszystkie dotychczasowe zabiegi, zalecane przez najdoświadczeńszych autorów, robią wrażenie, jakoby jądrem zadania miało być przyspieszenie komórki przedniej. Sam Albert Graefe radzi stósowanie letnich okładów z odwarów aromatycznych, postępowanie, o którem wiadomo, że w innych przypadkach natury niejaskrowej może, przez wzniecenie przekrwienia czynnego, przyczynić się do łatwiejszego zgojenia ranki. Ten sam cel miał na oku Arlt, kiedy na wspomnianym już zjeździe towarzystwa okulistycznego w roku 1869 radził w podobnych przypadkach przypalanie kamieniem piekielnym brzegów ranki. Jeżeli zabiegi te celu nie osiągnęły, miały przynajmniej tę ujemną zaletę, że nie szkodziły.

Już jednak wprost nieracyonalnem było postępowanie zrodzone z tej samej myśli, a dążące do celu przez stósowanie tygodniami całymi opaski uciskowej, dopóki Graefe w r. 1870 [1]) nie wskazał na wybitnie szkodliwy wpływ opaski na oko, choćby tylko ze względnem podwyższeniem ucisku. Teoretycznie i praktycznie lepiej uzasadnionemi były wstrzykiwania morfiny, zalecone również przez Graefego; przynajmniej w pewnych przypadkach jaskry zapalnej, pierwotnej, korzystny ich wpływ zaprzeczyć się nie da. Obok tego spotyka się jednak i działa cięższego kalibru, że wspomnę tylko ogólny upust krwi i wewnętrzne podawanie kalomelu, środki, być może, „heroiczne“, ale bez skutku na przebieg obchodzącej nas choroby.

W przytoczonej już wyżej pracy Graefego znajduję dorywczą i okolicznościową jedynie wzmiankę, że autor ten w jednym przypadku jaskry złośliwej wykonał nakłócie ciałka szklanego. Wobec braku jednak historyi choroby, a pewnych danych, że równocześnie używano innych rozlicznych zabie-

---

[1]) »Beiträge zur Pathologie und Therapie des Glaucoms« l. c.

gów, nie podobna wyrobić sobie zdania o skuteczności tego zabiegu, tem bardziej, że autor sam nad szczegółem tym przechodzi do porządku dziennego.

Po raz wtóry wypływa myśl zastósowania punkcyi ciałka szklanego z powodu jaskry złośliwej w najnowszej pracy Schweiggera „Glaucoma malignum[1])“. 60-letni wyrobnik poddany został dnia 16-go Lutego z powodu jaskry przewłocznej, jak się zdaje zapalnej, irydektomii z przebiegiem prawidłowym. Komórki przedniej nie było aż do połowy Marca, o zachowaniu się ucisku śródocznego nie znajduję żadnej wzmianki. Wzrok w tym czasie z $^{6}/_{36}$ podupadł na $^{1}/_{20}$. Z początkiem Kwietnia, a więc co najmniej w 6 tygodni po irydektomii, dokonał Schweigger „dla próby“ punkcyi ciałka szklanego, poczem komórka się przywróciła, aby jednak po 4 dalszych tygodniach, gdy ranka w twardówce się zagoiła, napowrót zaniknąć. Wynik ten, jak się zdaje, zniechęcił Schweiggera, bo już dalszej wzmianki o stósowaniu zabiegu tego nie czyni, odmawiając mu ryczałtowo znaczenia leczniczego.

Na tem samem miejscu natomiast podaje, że wydobycie soczewki w podobnym przypadku przywraca napowrót komórkę. Ponieważ wzmianka ta jest tylko dorywcza, trudno osądzić, czy autor postępowanie to zaleca jako metodę; co do mnie, wątpię, wydobycie bowiem soczewki, zwłaszcza niezaćmionej, naraża oko skutkiem pęcznienia pozostałych mas kory soczewkowej na nowe poważne niebezpieczeństwo podwyższenia ucisku śródocznego.

Tak więc wartość leczenia dotychczasowego jaskry złośliwej i dziś jeszcze można określić słowami Schmidta z r. 1875[2]): „Die Therapie ercheint machtlos“, a życzenie Arlta, wypowiedziane podczas wielkiej debaty nad jaskrą

---

1) Knapp's Archiv f. Augenheilk. t. XXXII, z. I. za r. 1895.

2) »Glaucom« w »Handbuch der gesammten Augenheilk.« Graefego i Saemischa.

złośliwą na zjeździe w r. 1869, że byłby wdzięcznym temu, ktoby podał sposób skuteczny leczenia tej postaci jaskry, do dziś dnia uważać można za „pium desiderium“.

Przypadek jaskry złośliwej, który wydarzył się w klinice okulistycznej tutejszego Uniwersytetu w czasie mego zastępczego kierownictwa, nasunął mi myśl postępowania, które, jak sądzę, w niejednym podobnym przypadku zdolnem będzie ocalić oko, skazane już na niechybną zagubę.

Wiktorya Kuczara (Nr. protkł. 181 r. 1896/7), lat 73 licząca włościanka, z powodu powolnej choroby, połączonej z bólami głowy, straciła przed rokiem wzrok na oku lewem. Od kilku miesięcy zauważyła powolny, ale stały upadek wzroku na oku prawem, co ją skłoniło do szukania porady w klinice. Badanie wykazało zupełną ślepotę (V=0) oka lewego z obrazem przewłocznej jaskry ukończonej. Oko prawe okazuje bystrość wzroku = $^5/_{15}$, w pobliżu czyta Nr 8 prób Albranda zapomocą + 3 D. na 30 ctm. Pole widzenia dośrodkowo nieregularnie ścieśnione okazuje dla barwy białej następujące granice: Na górze 25°, od dołu 40°, ku nosowi 50°. ku skroni 45°. Granice dla barw w odpowiednim ale nie większym stosunku ścieśnione. Ucisk śródoczny prawidłowy. Środki łamiące zewnętrzne czyste. Żrenica prawidłowo szeroka, regularna, na bodźce oddziaływa normalnie. Wziernik wykazywał 2 wązkie obwodowe zaćmienia na równiku soczewki, wybitną obwódkę (»halo«) jaskrową do koła tarczy, tudzież miernego stopnia dobrzeżne wydrążenie tarczy. Rozpoznanie brzmiało: »Glaucoma simplex. oc. dex., Glaucoma chron. absolutum oc. sin.«.

W ośm dni po irydektomii na oku z jaskrą ukończoną, której przebieg był prawidłowy, wykonał asystent kliniki, Dr. B., irydektomię na oku prawem. Cięcie od dołu, z powodu głębokiego ułożenia oka i bardzo płytkiej komórki przedniej, wypadło może nieco skośnie, skutkiem czego irydektomia nie dość obwodowa, zresztą jednak przebieg prawidłowy, kąty tęczówki reponowano starannie. Mimo, że ucisk przed operacyą nie był wyraźnie podwyższonym, nie zauważono bezpośrednio po operacyi tego zmięknienia gałki, jakie w oku prawidłowem następuje po otwarciu komórki.

W następnych dniach oko nieco nastrzykane, łzawi, komórki przedniej brak. Napięcie wyraźnie wzmożone T + 1. Zarządzono usunięcie opaski, dla ochrony oka maska druciana Fuchsa, zapuszczanie pilokarpiny 2 razy dziennie. Z powodu objawów miażdżycy tętnic podano na wewnątrz *t-ra strophanti.* Zarówno jednak te środki, jak i okłady letnie, później stosowane, pozostały bez skutku. Mimo zapuszczania

pilokarpiny w ciągu paru dni co pół godziny ucisk śródoczny wzmagał się ciągle.

D. 10/11 zanotowano już stwardnienie 3-go stopnia (T+3). Rogówka poczęła lekko się zaćmiewać, wzrok podupadł już do liczenia palców na 5 metrów. Komórka przednia ciągle próżna i taką pozostała do 15 Listopada. Widmo jaskry złośliwej, dobrze mi znane jeszcze z czasów mej asystentury, gdzie jeden podobny przypadek zakończył się doszczętną ślepotą, stanęło w całej grozie przed nami.

Wychodząc z założenia, że istota choroby polega bądź co bądź na wygórowaniu ucisku w obrębie ciałka szklanego, postanowiłem, nie znając jeszcze nie zbyt zachęcających wyników Graefego i Schweiggera, a może właśnie dzięki temu, stworzyć operacyjną drogą, choćby tylko chwilowo, rodzaj klapy bezpieczeństwa przez sklerotomię tylną. Sądziłem przytem, że jakakolwiek jest przyczyna tego wygórowanego ucisku, krwotok śródoczny czy przesięk (transudat) z naczyń naczyniówki, że w kazdym razie otwarcie twardówki musi choćby przemijająco obniżyć ciąk na siatkówkę i układ soczewkowy, stwarzając w ten sposób warunki dogodniejsze do zagojenia ranki, a gdyby było trzeba, ewentualnie do późniejszej irydektomii.

Przystąpiłem do zabiegu d. 15 Listopada, w czasie największego nasilenia objawów. Po znieczuleniu oka kokainą odpreparowałem spojówkę między mięśniem prostym dolnym, a wewnętrznym w odległości 6 m. m. od brzegu rogówki, poczem wązkim nożykiem Graefego wykonałem nakłócie ściany gałki ocznej na głębokość około 3 m. m. Obróciwszy o $^1/_4$ obrotu nóż na około osi, otwarłem rankę, przyczem wypłynęło kilkanaście kropli cieczy żółtawej, wodnistej, niczem niepodobnej choćby do rozpłyniętego ciałka szklanego. Spojówkę ponad ranką zespoiłem 1 szwem z najcieńszego jedwabiu Oko, jak się tego należało spodziewać, wnet zmiękło (T - 1). Bóle już następnego dnia ustąpiły, jako zaś charakterystyczny objaw działania sklerotomii można było przez kilka dni z rzędu obserwować, jak ciecz surowicza żółtawej barwy sączyła się w przestwór podspojówkowy, skąd ją przez lekkie masowanie można było zwolna do wessania doprowadzić. D. 20 Listopada, a więc w 5 dni po operacyi, zauważono po raz pierwszy komórkę przednią, i to wcale głęboką, może nawet głębszą niż przed 1-ą operacyą. Wobec takiego stanu nie wahałem się zastósować atropinę, aby rozerwać tylne przyczepiny, powstałe po pilokarpinie. Od tej pory stan począł szybko się poprawiać tak, że 22/11,

a więc w 7 dni po sklerotomii, wzrok wynosił już $^{5}/_{15}$, rogówka wyjaśniła się zupełnie, ucisk śródoczny zeszedł do normy. Szew spojówkowy wyjęto 23/11. W d. wyjścia 26/11 zanotowano; oko blade, środki łamiące, pomijając dawne początkowe zaćmienia soczewki, czyste, wziernik nie wykazuje nigdzie śladów jakichś wynaczynień. Komórka przednia stanowczo głębsza, niż przed pierwszą operacyą. Tn. Okolica sklerotomii nieco wydęta, jak to się czasem wydarza w bliznach poirydektomijnych w jaskrze. Pole widzenia rozszerzyło się o 10° we wszystkich kierunkach.

Tak więc dzięki sklerotomii udało się zażegnać groźną burzę, z której zdawało się już nie było wyjścia. Teorya działania wspomnianej operacyi jest, jak sądzę, po rozwiniętych wyżej uwagach, dość jasną i prostą, aby raz jeszcze powracać do tego przedmiotu. Na jeden jednak szczegół chciałbym zwrócić uwagę, który i dla patogenezy jaskry złośliwej nabiera nieposledniej wagi. Oto operacya wykazała w naszym przypadku, że tym czynnikiem, podwyższającym ucisk śródoczny był przesięk (transudat), odgraniczający ciałko szklane od ściany gałki ocznej. Wypuszczenie tego przesięku pozwala soczewce cofnąć się ku tyłowi, przez co nie tylko odpada jedna z przeszkód w przywróceniu komórki przodkowej, ale nadto i czynność filtracyjna przewodów Fontany w powięzi grzebieniastej („lig. pectin. irid.“) może napowrót się uwydatnić. Sklerotomia, wykonana w sposób jak to wyżej opisałem, ma w dodatku tę zaletę, że pozwala niejako dozować skutek operacyi w dalszym przebiegu, zależnie od zachowania się parcia śródocznego. Jak wiadomo, ranki twardówkowe, zwłaszcza linearne i tak krótkie (2 do 3 m. m.), goją się bardzo rychło. Chcąc więc utrzymać w razie niezupełnego zmięknienia oka dalsze sączenie się przesięku (transudatu) na zewnątrz, można śmiało już w dwa dni po operacyi stósować łagodne masowanie oka, bez obawy wywarcia zgubnego ucisku na siatkówkę i tak już mniej odporną, przedewszystkiem zaś bez obawy zakażenia wtórorzędnego ciała szklanego, ranka w twardówce bowiem jest ściśle podspojówkową, spojówka zaś jest szwem zabezpieczona.

Dlaczego Graefe i Schweigger, którzy wykonywali nakłócie twardówki w jaskrze złośliwej, nie mieli dodatnich wyników, usuwa się naturalnie z pod bliższego roztrząsania, biorąc pod uwagę choćby to tylko, że jeden i drugi wspomina o jednym tylko przypadku. Zrażenie się Graefego łatwo sobie wytłumaczyć naturalnym wstrętem, jakiego doświadczali starzy okuliści w dobie przedantyseptycznej przed operacyami, otwierającemi drogę do ciałka szklanego. Co do przypadku Schweiggera, to mojem zdaniem sklerotomia przyszła tu nieco zapóźno, bo aż w 6 tygodni po irydektomii, a więc w czasie, kiedy kanał ranki, skutkiem braku skłonności do gojenia, mógł się już wyścielić przybłonkiem, inaczej trudno sobie wytłumaczyć, dlaczego w 4 tygodnie później komórka bez zewnętrznej przyczyny znowu na trwałe się wypróżniła. W dodatku, w opisie przebiegu nie ma wcale wzmianki, jak się zachowywał ucisk śródoczny, nasuwa się więc słuszna wątpliwość, czy przebieg ten, jakkolwiek bądź co bądź niepomyślny, zaliczyć należy do tego, cośmy wyżej określili, jako jaskrę złośliwą.

W naszym przypadku skutek wyżej opisanej sklerotomii był tak bezpośredni, a postać jaskry tak klasyczną, że już dziś, jakkolwiek na szczęście opieram się na jednym tylko przypadku, nie waham się kolegom zawodowym zalecić jak najgoręcej tego postępowania we właściwych przypadkach, tem bardziej, że rozchodzi się o przypadki rozpaczliwe, skazane już niemal na nieuchronną zagubę.


VERITAS